

第2号様式（第4条関係）

带状疱疹任意予防接種償還払い申請用証明書

年 月 日

練馬区長 殿

（申請者兼被接種者情報）※本人が記入

住 所： _____

氏 名： _____

生年月日： _____

上記の者が带状疱疹ワクチンを接種したことを証明します。

ワクチン の 種 類	<input type="checkbox"/> 生ワクチン（乾燥弱毒生水痘ワクチン）		
	<input type="checkbox"/> 不活化ワクチン（乾燥組換え带状疱疹ワクチン）		
予防接種 を受けた 年 月 日	1 回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		
	年		0.5 mL
	月 日		
	(不活化のみ) 2 回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		
年		0.5 mL	
月 日			

医療機関名：

医療機関コード：

医師署名：

または記名押印